



Seguro de Pessoas
Porto Seguro Prestamista Individual
CONDIÇÕES GERAIS
PROCESSO SUSEP: 15414.666292/2025-10

Caro(a) cliente,

Seja bem-vindo à Porto Seguro. É uma satisfação ter você como cliente!

Com o Porto Seguro Prestamista, poderá contar com diversas coberturas para maior comodidade e segurança de seus clientes e suas famílias, contra dificuldades financeiras que possam surgir em consequência dos imprevistos da vida.

Neste material, você encontra as condições de cada cobertura e cláusula oferecida pelo seguro, além de informações a respeito de seus direitos e obrigações relacionados ao contrato estabelecido.

Para saber quais coberturas e cláusulas das Condições Gerais do Seguro de Pessoas Prestamista se aplicam ao seu contrato, verifique o seu Bilhete de Seguro.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, evitando dúvidas quanto a sua utilização.

Em caso de dúvidas ou informações, fale com seu Corretor ou entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

Visite a nossa página na internet: <https://www.portoseguro.com.br/>

Conte sempre conosco.

Atenciosamente,

Porto Seguro Vida, Acidentes Pessoais e Prestamista

PORTO SEGURO PRESTAMISTA
PROCESSO SUSEP Nº 15414.666292/2025-10

1.	CARACTERÍSTICAS	4
2.	OBJETIVO DO SEGURO	4
3.	DEFINIÇÕES	4
4.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	7
5.	COBERTURAS DO SEGURO	7
6.	RISCOS EXCLUÍDOS	8
7.	CONTRATAÇÃO	9
8.	VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	9
9.	PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO	10
10.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	10
11.	CAPITAL SEGURADO	10
12.	BENEFICIÁRIOS	11
13.	PAGAMENTO DE PRÊMIO	11
14.	CARÊNCIA E FRANQUIA	12
15.	CANCELAMENTO DO SEGURO	12
16.	PERDA DE DIREITOS	13
17.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	14
18.	ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO	16
19.	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	16
20.	REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	16
21.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	17
22.	DO FORO	17
23.	OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE	17
24.	DISPOSIÇÕES FINAIS	17
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE	18
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	22
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)	27
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO	33

CONDIÇÕES GERAIS PORTO SEGURO - PRESTAMISTA INDIVIDUAL

PROCESSO SUSEP Nº 15414.666292/2025-10

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A Porto Seguro Vida e Previdência S/A, CNPJ nº 58.768.284/0001-40 doravante denominada Porto Seguro, institui o presente Plano de Seguro de Pessoas - Prestamista, com Coberturas estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

1.2 Devido à natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, as coberturas estruturadas neste regime não constitui reserva matemática ou possuem a concessão de resgate, valor saldado, benefício prolongado ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

1.3 Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da Porto Seguro dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s).

1.4 As presentes Condições Gerais serão complementadas por Contrato firmado entre a Porto Seguro e o Representante, contendo as condições específicas de operacionalização do plano.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização que possibilite a amortização de dívida ou compromisso financeiro contraído pelo segurado junto à instituição concessora de crédito, limitada ao prazo e capital segurado contratado definidos no bilhete do seguro, caso ocorra algum dos eventos nela previstos e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” constantes destas condições.

3. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

3.1 Aceitação: Aprovação da Proposta submetida à Porto Seguro para a contratação do seguro.

3.2 Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

3.3 Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

3.4 Âmbito Geográfico: termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

3.5 Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.

3.6 Atividade Laborativa Principal: aquela através da qual o segurado obteve a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

3.7 Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

3.8 Auditoria Médica: é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

3.9 Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

3.10 Beneficiário(s): pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado contratado, na ocorrência de sinistro coberto. No Seguro Prestamista, o primeiro beneficiário é o credor, devendo a diferença entre o valor do compromisso assumido e o capital segurado, quando for o caso, ser paga ao segundo beneficiário, conforme condições item específico nestas condições gerais.

3.11 Bilhete de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora ou Representante de Seguros, conforme o caso, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado.

3.12 Cancelamento: ato pelo qual o bilhete será cancelado antes da data prevista para término de sua vigência.

3.13 Capital segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) Cláusula(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

3.14 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há carência.

3.15 Coberturas do Seguro: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

3.16 Comoriência: será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.

3.17 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

3.18 Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.19 Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

3.20 Contrato de Representação: Instrumento jurídico firmado entre o Representante de Seguros e a Sociedade Seguradora, que estabelecem as peculiaridades para promover a realização de contratos de seguro e fixam os direitos e obrigações do Representante de Seguros e da Sociedade Seguradora.

3.21 Corretor de Seguros: É o profissional, escolhido diretamente pelo Segurado e/ou Representante de Seguros, devidamente habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, mediante comissões estabelecidas na tarifa.

3.22 Credor: aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

3.23 Curador: pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

3.24 Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada;

3.25 Doença Profissional: são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

3.26 Dolo: má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

3.27 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.

3.28 Final de Vigência: data final para ocorrência de riscos previstos em um bilhete de seguro. O final de vigência do seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

3.29 Franquia: é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

3.30 Foro: no contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

3.31 Incapacidade Temporária: é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.

3.32 Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.

3.33 Índice para atualização de valores: é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

3.34 Liquidação de Sinistro: pagamento da Indenização (ou reembolso) relativo a um Sinistro.

3.35 Má-Fé: agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.

3.36 Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3.37 Nota Técnica Atuarial: documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

3.38 NYHA: tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.

3.39 Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

3.40 Perícia Médica: é a avaliação feita por um médico designado pela Seguradora a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.

3.41 Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

3.42 Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.43 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

3.44 Processo SUSEP: é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3.45 Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro.

3.46 Renda: é a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.

3.47 Representante de Seguros: Pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a prestação de serviços à conta e em nome da Sociedade Seguradora, a qual possui direitos e deveres estabelecidos em Contrato de Representação.

3.48 Riscos a Decorrer: são aqueles em que o prêmio do seguro é pago, total ou parcialmente, antecipadamente ao risco objeto do contrato.

3.49 Riscos Decorridos: são aqueles em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo que a garantia é prestada de modo antecipado pela seguradora.

3.50 Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

3.51 Segurado: é a pessoa física ou jurídica que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

3.52 Seguradora: empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

3.53 Seguro Prestamista: O seguro prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.

3.54 Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença ou acidente.

3.55 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

3.56 Vigência: período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3.57 Vigência da Cobertura Individual: período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

4.1 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Bilhete.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1 As coberturas do seguro podem ser contratadas isoladamente respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.

5.2 O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.

5.3 As coberturas passíveis de contratação são:

- a) Cobertura de Morte (M);
- b) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- c) Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
- d) Cobertura de Perda de Emprego (DES);

5.4 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo segurado estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais.

5.5 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos no bilhete do seguro.

5.6 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

5.7 A Seguradora não se exime do pagamento de capital segurado quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, contudo, moléstias, doenças ou lesões consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária não vinculam, por si só, a Seguradora.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes**
- d) **Doação e transplante intervivos;**
- e) **Suicídio ou a sua tentativa, caso ocorra dentro dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do seguro, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso;**
- f) **Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- g) **Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro. A seguradora apenas cobrirá o sinistro se o ato tiver sido praticado pelo representante ou beneficiário com o objetivo de prejudicar o próprio Segurado;**
- h) **Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença e as hérnias incisionais, exceto após tratamento cirúrgico.**
- i) **Inobservância deliberada de regras de segurança ou o descumprimento intencional do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios, quando a ausência destes for a causa determinante do sinistro.**

6.2 Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:

- a) **Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
 - a.1) **Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;**
- b) **Tufões, furacões, ciclones, terremotos, tremor de terra, maremotos, erupções vulcânicas e queda de meteoro;**
- c) **De quaisquer acidentes citados nas alíneas “a” e “b” do item anterior;**
- d) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado, exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem ou prática desportiva.**
- e) **Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro;**
- f) **Do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.**

6.3 Estão também Excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em consequência de evento coberto, decorrentes de:

- a) **Danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente bilhete de seguro, as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou**

extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

a.1) Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética.

a.2) Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que, mesmo sem ferir ou causar estragos ao patrimônio material de uma pessoa, ofenda seus princípios e valores de ordem moral, relacionados à sua honra, seus sentimentos a sua dignidade, como também de sua família.

a.3) Quando proveniente de ação judicial, ficará à critério do juiz o reconhecimento da existência de tal dano, bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, que deverá ser direcionada contra o efetivo causador do dano.

b) Danos materiais: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente Bilhete do seguro, as indenizações por DANOS MATERIAIS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

b.1) Dano material é todo e qualquer dano que atinge diretamente o patrimônio das pessoas e pode ser configurado por uma despesa que foi gerada por uma ação ou omissão indevida de terceiros, caracterizando a necessidade de reparação material.

c) Lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

6.4 Não se consideram riscos excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que o segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6.5 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

6.6 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme legislação vigente.

7. CONTRATAÇÃO

7.1 Considera-se contratado o seguro quando o bilhete de seguro for emitido pela Seguradora ou Representante de Seguros, conforme o caso.

8. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

8.1 A vigência do seguro será de acordo com o período da dívida assumida prevista no Bilhete do seguro.

8.1.1 Não haverá renovação.

8.2 A vigência da cobertura individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do primeiro pagamento do prêmio do seguro.

8.3 O não pagamento do prêmio de seguro não acarretará a imediata e automática suspensão dos direitos às coberturas, devendo ser observadas as regras constantes nessas Condições Gerais.

8.4 A cobertura do seguro, bem como o início e término de vigência deste, está vinculado ao período da dívida assumida, limitado ao período de 24 meses, desde que haja o devido pagamento das parcelas.

8.5 A seguradora deverá ser formalmente comunicada quando houver redução do prazo original e o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; e se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se

manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

8.6 Para seguros anuais ou com menos de 12 meses de vigência, os limites máximos de indenização, os prêmios e outros valores descritos na apólice estão expressos em reais e não serão atualizados, exceto se Governo Federal decretar novas regras.

8.7 Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP.

8.8 Devido ao caráter pessoal e intransferível dos interesses garantidos em um contrato de seguro, a Seguradora se reserva ao direito de não aceitar transferências de titularidade do seguro.

9. PERÍODO DE TOLERÂNCIA DA COBERTURA DO SEGURO

9.1 O Período de Tolerância é válido desde que tenha sido pago pelo menos a primeira parcela do prêmio do Seguro, independente da forma de pagamento e quantidade de parcelas definida pelo Segurado, caso não tenha sido pago nenhuma parcela do prêmio devido, em até 30 dias da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela ou parcela única, não haverá cobertura.

9.2 Quando o prêmio do seguro não for quitado até a data estabelecida para o pagamento, as coberturas do Seguro permanecerão cobertas pelo período de 90 (noventa) dias, nos termos dessas Condições Gerais.

9.2.1 Durante o Período de Tolerância para regularização do prêmio, serão concedidas as coberturas do Seguro.

9.3 Durante este período, haverá cobertura para eventuais sinistros ocorridos, desde que tenha sido pago pelo menos a primeira parcela e, desde que respeitados os demais termos contratuais, com a consequente dedução do Prêmio devido ou a cobrança do prêmio devido, ficando facultado a Seguradora realizar a cobrança de atualização monetária pro rata die pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), mais juros de mora pro rata die de 6% (seis por cento) ao ano, a contar do 1º dia de atraso após o vencimento da parcela.

10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

10.1 A aceitação dos Proponentes por parte da Seguradora será automática após a emissão do bilhete de seguro e pagamento do respectivo prêmio, sempre observando os limites de idade entre 16 (dezesesseis) e 70 (setenta) anos para o ingresso, e as boas condições de saúde.

10.2 Quando houver a contratação do plano de seguro nas dependências do Representante de Seguro, este deverá fornecer ao segurado o bilhete de seguro.

10.3 A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão do bilhete do seguro, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início e término de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu seguro de acordo com a legislação vigente.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 O **capital segurado será fixo** ao valor da dívida, ou seja, trata-se de modalidade em que o capital é constante durante toda a vigência do contrato de seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso contraído, não há variação, independentemente da evolução do valor da obrigação contraída junto ao credor.

11.2 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

11.3 a) A data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

11.4 O Capital Segurado máximo individual para este seguro estará determinado no bilhete do seguro.

11.5 Caberá ao Segurado por meio do Representante de Seguros solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1 São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de sinistro do segurado devidamente coberto.

12.1.1 O primeiro beneficiário é o próprio credor. Entende-se como credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência de dívida contraída ou compromisso assumido.

12.2 Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado, ou aquele indicado na apólice ou por ato de vontade do Segurado, podendo este ser substituído a qualquer momento.

12.2.1 Para que a Seguradora efetue o pagamento ao novo beneficiário, é essencial que a substituição seja formalmente comunicada, sob pena de o pagamento ser realizado ao beneficiário anterior, ficando a Seguradora exonerada de qualquer responsabilidade adicional.

12.2.2 A indicação não prevalecerá em caso de revogação de doação das hipóteses previstas na legislação em vigor, se o beneficiário falecer antes do Segurado ou, ainda, se ocorrer comoriência.

12.2.3 Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge e o restante aos demais herdeiros do segurado. Caso o segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

12.3 O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 Os Segurados serão responsáveis pelo pagamento total do prêmio do seguro.

13.2 O Representante de Seguros será responsável pela cobrança dos prêmios e repasse para a Seguradora nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora, conforme estabelecido no contrato de Representação.

13.3 É vedado ao Representante de Seguros recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

13.4 Caso o Representante de Seguros receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

13.5 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

13.6 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

13.7 A Seguradora comunicará eventual atraso, assim como as consequências no caso da continuidade da mora, compatível com o cancelamento antecipado do contrato por extinção do interesse por inadimplência.

13.8 Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

13.9 Fica estipulado, que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a Garantia dos demais riscos contratados.

13.10 O valor do prêmio do seguro não tem qualquer vínculo com o valor da dívida assumida. Porém, o pagamento do prêmio do seguro será dividido de acordo com o número de parcelas da compra realizada pelo Segurado. Assim, mesmo que haja uma antecipação no pagamento das referidas parcelas, o Segurado permanecerá com a cobertura do seguro, conforme estabelecido nessas condições gerais.

13.11 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

14. CARÊNCIA E FRANQUIA

14.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do capital segurado.

14.2 As carências e franquias deverão ser fixadas no bilhete do seguro.

14.3 Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do bilhete.

14.4 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1 Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

15.2 Nesse caso, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido e os emolumentos, proporcional ao tempo decorrido.

15.3 Se o Representante de Seguros deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento do acordo, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Representante de Seguros sujeito às cominações legais.

15.4 O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete

15.5 A Seguradora e/ou o Representante de Seguros, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

15.6 Os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, desde que expressamente aceito pelo segurado.

15.7 O seguro se extingue pela ocorrência da Morte e da Invalidez Permanente Total por Acidente.

15.8 Extingue-se ainda o seguro:

a) Por nulidade do contrato: Este contrato será considerado nulo de pleno direito, não produzindo qualquer efeito desde a sua origem, caso se verifique, a qualquer tempo, a ausência de um dos requisitos legais, bem como nos casos de sinistro já ocorrido antes da contratação do seguro ou quando da impossibilidade de ocorrer o risco ou quando seu interesse for impossível, cabendo a devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se a nulidade decorrer de má-fé.

b) Por extinção do risco ou solicitação do segurado: Mediante comunicação prévia à Seguradora, o contrato será cancelado com a redução proporcional do prêmio, deduzidas as despesas realizadas com a

contratação, na mesma proporção. Neste caso, os valores devidos a título de devolução do prêmio sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento do seguro pelo segurado. Caso não ocorra a devolução do prêmio no prazo máximo de 10 dias corridos a contar destas datas, implicará na aplicação de juros de mora de 6% ao ano, a partir do 11º dia, sem prejuízo da sua atualização.

15.9 Extingue-se o seguro, sem restituição dos prêmios:

- a) **No final do prazo de vigência;**
- b) **Com o cancelamento do seguro, mediante acordo entre as partes contratantes;**
- c) **O seguro poderá ser automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem qualquer restituição de prêmio ou impostos, quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas como Perda de Direitos.**

15.10 Fica extinta/cancelada a cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT), a partir da data em que o Segurado estiver inválido permanentemente (total).**15.11 Os bilhetes não poderão ser cancelados durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.****15.12 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.****16. PERDA DE DIREITOS****16.1 O segurado perderá o direito ao Capital Segurado quando:**

- a) **Agravar o risco do seguro de forma intencional e relevante, aumentando significativamente a chance de um sinistro ocorrer ou a gravidade dos seus efeitos.**
- b) **O segurado, seu representante, seu corretor de seguros ou o beneficiário do segurado, quando for o caso, prestar informações incorretas e/ou incompletas ou silenciar e/ou omitir informações sobre o risco, de má-fé, que possam influir na aceitação do seguro, na análise do risco ou na estipulação do prêmio.**
 - b.1) **Se, em virtude das informações omitidas conforme a alínea anterior, a garantia se tornar tecnicamente inviável ou o risco não for normalmente aceito pela Seguradora;**
- c) **Descumprir o dever de comunicar prontamente a ocorrência do Sinistro ou deixar de fornecer à Seguradora todos os elementos e documentos necessários e completos para análise da regulação e liquidação do sinistro, quando solicitado, bem como deixar de permitir ou facilitar a atuação dos profissionais indicados pela Seguradora, nos termos da cláusula Obrigações do Segurado.**
 - c.1) **Em caso de descumprimento culposo, a perda do direito à indenização será proporcional aos danos causados pela demora ou omissão.**
 - c.2) **O descumprimento doloso implica a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.**
- d) **Houver provocação dolosa de sinistro, atos que caracterizem ilícito criminal ou fraude, ou ainda, se o segurado, estipulante ou beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.**
 - d.1) **Além da perda do direito às garantias contratuais, o segurado fica obrigado ao pagamento do prêmio devido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.**
 - d.2) **Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.**
- e) **O segurado, representante, corretor, beneficiários descumprirem quaisquer das obrigações previstas na apólice e nestas Condições Gerais/Especiais;**

16.2 Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- c) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- d) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado,

- e) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.**

16.3 Qualquer consequência resultante de ato ilícito doloso praticado pelo segurado, beneficiário ou representante de um ou de outro. A seguradora apenas cobrirá o sinistro se o ato tiver sido praticado pelo representante ou beneficiário com o objetivo de prejudicar o próprio Segurado.

16.4 Além dos casos de perda de direitos citados anteriormente e das situações previstas em lei, a Seguradora isenta-se de qualquer obrigação se:

16.5 for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

16.6 A não comunicação de circunstâncias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do capital segurado contratado, conforme previsto em legislação vigente que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Os procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importam em reconhecimento de nenhuma obrigação ou pagamento da indenização pela seguradora.

17.2 Os prazos de regulação e liquidação começam a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessárias para que a Seguradora possa tomar a sua decisão.

17.3 Não terá início a contagem do prazo se os elementos fundamentais para que o segurador cumpra seu dever de regular e liquidar o sinistro não estiverem presentes, razão pela qual a seguradora poderá recusar o recebimento de documentos incompletos, em desacordo com o previsto no contrato, e não tenham sido apresentados pelo interessado e/ou segurado.

17.4 Moléstias, doenças ou lesões consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária não vinculam, por si só, a Seguradora.

17.5 A Seguradora tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias para analisar a solicitação de cobertura do sinistro e dar sua resposta, seja ela favorável ou desfavorável. **Esse prazo começa a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessários para que a Seguradora possa tomar a sua decisão.**

17.6 Durante a regulação do sinistro, para importâncias seguradas acima de 500 (quinhentos) salários mínimos, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, mediante suspensão deste prazo por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. Abaixo de 500 (quinhentos) salários mínimos, a solicitação de documentos complementares somente poderá ocorrer por no máximo 1 (uma vez).

17.7 Durante a regulação do sinistro, a Seguradora poderá solicitar entrevista pessoal das partes envolvidas para esclarecimento dos fatos;

17.8 Durante a regulação do sinistro, poderá ser solicitado a realização de perícia médica, através de profissionais indicados pela Seguradora além da apresentação de documentos ou da autorização para angariação de informações médicas e de saúde junto a hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e demais profissionais de saúde, bem como quaisquer outras instituições, públicas ou privadas;

17.9 Em caso de sinistro coberto, a indenização será paga em até 30 (trinta) dias. Esse prazo começa a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessários para que a Seguradora possa prosseguir com a indenização;

17.10 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, mediante suspensão deste prazo por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação;

17.11 O não pagamento no prazo previsto fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais desde a data em que a indenização deveria ter sido paga;

17.12 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

17.13 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17.14 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única, conforme definido nas condições especiais de cada cobertura e nas condições no bilhete de seguro.

17.15 Para os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

17.16 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

17.17 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

17.18 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

17.19 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

18. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

18.1 Na contratação de capital segurado fixo, o valor do capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente pela variação positiva do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial.

18.2 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

18.3 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações conforme índice previsto no subitem 18.1 acima.

18.4 A atualização será feita com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.5 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

19.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais, constituem ainda obrigações do Segurado:

- a) Dar ciência à seguradora da existência de outro seguro que cubra os mesmos riscos previstos na apólice.
- b) Agir com boa-fé, cooperando com a Seguradora e fornecendo, de forma completa e verdadeira, todas as informações necessárias para a análise e aceitação da proposta de seguro, bem como para a correta avaliação do risco e cálculo do prêmio. Esta obrigação se estende por toda a vigência do contrato, devendo o Segurado informar imediatamente qualquer alteração nas condições do risco inicialmente coberto.

19.2 O Segurado ou o(s) Beneficiário(s) se obriga a tomar as seguintes providências:

- a) Comunicar prontamente à Seguradora a ocorrência do sinistro, utilizando-se de qualquer meio de comunicação oficial disponível na apólice;
- b) Adotar todas as medidas necessárias e úteis, agindo com diligência, para evitar a ocorrência de um sinistro ou para reduzir seus prejuízos e suas consequências;
- c) Fornecer à Seguradora, prontamente e sempre que solicitado, todos os elementos e documentos necessários e completos para a apuração da causa, natureza, circunstâncias e consequências, bem como facilitar a atuação dos peritos e profissionais indicados pela Seguradora, de forma a permitir com que esta adote as providências necessárias para a análise do sinistro. **A Seguradora reserva-se o direito de apurar se a demora injustificada na comunicação do sinistro, quando o Segurado tinha ciência do evento e condições de comunicá-lo, resultar em agravamento de risco ou de danos, impossibilidade de verificar as circunstâncias do sinistro ou causar prejuízo financeiro direto e comprovado à Seguradora. A constatação desses fatores será considerada na regulação do sinistro.**

20. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

20.1 Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao seguro, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1 As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

22. DO FORO

22.1 As questões judiciais, entre Representante de Seguros, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

22.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

23. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE

23.1 As obrigações do Representante de Seguros serão definidas em contrato de Representação firmado com a Seguradora.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1 Este seguro é por prazo determinado.

24.2 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

24.3 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

24.4 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site <https://www.gov.br/susep/pt-br> , por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

24.5 A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

24.6 Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

24.7 Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.

24.8 Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

24.9 As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> , de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta, bilhete, certificado ou no título de capitalização.

24.10 O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

24.11 As condições contratuais do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura no bilhete e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 3 das Condições Gerais:

2.2 **Acidente pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.3 **Incluem-se nesse conceito:**

- a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;
- b) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a Cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

6.2 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Certidão de Óbito;
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- e) Última alteração do contrato social, em caso de segurado sócio/diretor;
- f) Declaração de únicos herdeiros, com recolhimento de firma dos declarantes;
- g) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito;
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da

federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado.

6.3 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item anterior:

- a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- b) Boletim de Ocorrência Policial;
- c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado;
- f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- h) Laudo de Perícia Técnica (se houver).

6.4 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica.

6.5 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional:

- a) Certidão de casamento do segurado extraída após o óbito do segurado, atualizada com as averbações.

6.6 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Escritura Pública de Convivência Marital registrada em vida pelo segurado e companheiro (a) ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado.

6.7 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Certidão de Nascimento para filhos menores de 16 (dezesseis) anos e toda a

- documentação citada do representante legal do menor. Caso não o representante não sejam os pais, enviar termo de guarda definitivo;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho com idade a partir de 16 (dezesseis) anos.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de morte do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2 Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

8. Cancelamento da cobertura individual

8.1 Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. Disposições Gerais

9.1 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura no bilhete e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, caso este venha a tornar-se totalmente inválido, em caráter permanente, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 3 das Condições Gerais:

2.2 **Acidente pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.3 Incluem-se nesse conceito:

- a) **O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;**
- b) **Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;**
- c) **Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- d) **Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e**
- e) **Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.**

2.4 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre**

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal accidental.

3.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

3.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.

3.7 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do bilhete, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- Perda de dentes e danos estéticos;**
- Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

- d) **Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente **Total** por acidente não se acumula em consequência de um mesmo evento.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de sinistro preenchido e assinado pelo segurado ou representante;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- f) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- g) Relatório médico elaborado e assinado pelo médico assistente informando o tratamento instituído, a data da alta definitiva, se há sequelas incapacitantes deixadas pelo acidente e o grau das referidas sequelas, discriminando cada órgão ou membros lesados;
- h) Laudo da perícia de local realizado pela perícia técnica (em caso de acidente automobilístico, em que o segurado tenha sido condutor do veículo);
- i) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) desde a data do acidente;
- j) Resultado de todos os exames médico/hospitalares, laboratoriais e de imagem realizados por ocasião do evento demonstrando as lesões de origem traumática;
- k) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;
- l) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de

- expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de invalidez permanente total por acidente do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2 Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao próprio segurado.

8. Cancelamento da cobertura individual

8.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e **Total por acidente**, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

10.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

11. Disposições Gerais

11.1 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura no bilhete e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de um capital segurado ao beneficiário, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite do capital segurado contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

2.1.1 **Carência:** É o período de até 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2 **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais por acidente.

2.1.3 **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4 **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. Riscos Cobertos

3.1 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2 **Terão direito a esta cobertura o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, com documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.**

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, estão também excluídas da Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, serão as doenças consideradas pelo Ministério do Trabalho em lista específica sobre o tema, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral

(“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteocondrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

f) Hospitalização para check-up;

g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;

h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;

i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;

j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;

l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

m) Síndrome do pânico;

n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;

o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;

p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;

r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros quadros degenerativos;

u) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade

laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Exames pré-operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.4 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE TOTAL, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2 O capital segurado desta cobertura é vinculado, correspondendo à quantidade máxima do capital segurado contratado, e definido de acordo com as condições acordadas entre o representante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3 O pagamento das parcelas será feito enquanto persistir o estado de incapacidade temporária do segurado, e limitar-se-á ao número estabelecido nas condições contratuais, independentemente do número de eventos que acarretarem a cobertura, observadas as demais disposições desta condição especial.

5.4 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.5 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo segurado;
- b) Comprovante de rendimento do segurado relativo ao período de contratação do seguro, bem como relativo ao período de afastamento solicitado (Ex: Imposto de Renda, Decore, Pró labore);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver);

- g) Carteira Nacional de Habilitação do segurado (em caso de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo);
- h) Relatório médico elaborado e assinado pelo médico assistente, informando a data do diagnóstico, o tratamento instituído, período de afastamento do trabalho, data da alta definitiva e se o quadro é temporário ou definitivo;
- i) Resultado de todos os exames médico/hospitalares referentes a(s) patologia(s) relacionadas ao evento, laboratoriais e de imagem a contar do início dos sintomas/tratamento até a data do diagnóstico da patologia;
- j) Laudo de atendimento emergencial realizado pelo SAMU/Bombeiros;
- k) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;
- l) Autorização para crédito em conta corrente no caso de eventual pagamento, em nome do segurado;
- m) Ficha médica hospitalar de atendimento emergencial;
- n) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;
- o) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) e/ou ambulatoriais relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia;

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as

universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

6.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente que caracterizem as lesões traumáticas agudas decorrente do evento.

6.3 Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

6.4 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.5 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de capital segurado e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

6.6 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.7 Em caso de morte e caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento do capital segurado, relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários.

6.8 A cessação do pagamento do capital segurado ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

6.9 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao número de rendas previsto no contrato.

6.10 Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere-se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.

6.11 Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

6.11.1 **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, seu representante ou beneficiário, a seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis, bem como poderá reter o prêmio proporcional ao período decorrido.**

7. Beneficiários

7.1 Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, de acordo com a parcela mensal da dívida ou compromisso assumido, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8. Âmbito Geográfico

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

9. Franquia

9.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

9.2 A franquia será fixada no bilhete, do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

10. Carência

10.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

10.2 A carência deverá ser fixada no bilhete do seguro.

11. Despesas de Comprovação

11.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

11.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

12. Junta Médica

12.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

12.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

13. Disposições Gerais

13.1 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional no bilhete e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de parcelas da dívida do segurado ao beneficiário ou ao titular do crédito, em número e valor pactuados no contrato do seguro, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

1.2 O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 6 (seis) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

2. Definições

2.1 As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Garante o pagamento de uma Indenização, conforme estabelecido nas condições contratuais, em caso de rescisão não motivada por justa causa do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador.

3.2 Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.3 Reconhecida a condição da perda de emprego do segurado, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o número e valor das parcelas pactuadas no contrato de seguro e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato, enquanto perdurar a condição de desemprego do segurado ou com o esgotamento do capital segurado, o que ocorrer primeiro.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional a perda de emprego decorrente de:

- a) Programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;
- b) Demissão por justa causa;
- c) Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;
- d) Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;
- e) Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;
- f) Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.

4.2 Esta cobertura não pode ser contratada por profissionais liberais ou autônomos.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de Indenização por perda de emprego, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o representante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego do segurado.

6. Liquidação de Sinistros

6.1 Para a Cobertura Adicional de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do sinistro (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o representante que originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- f) Cópias das páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior;
- g) Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho;
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

– no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas

relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

– no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

6.2 Para os beneficiários do seguro nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Última alteração do Contrato Social, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7. Beneficiários

7.1 Em caso de sinistro coberto, o beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da parcela da dívida existente na data do sinistro. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8. Âmbito Geográfico

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

9. Franquia

9.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

9.2 Se for o caso, a franquia será fixada no bilhete do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

10. Carência

10.1 É de até 180 (cento e oitenta) dias a carência desta cobertura, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

10.2 A carência deverá ser fixada no bilhete segurado.

11. Disposições Gerais

11.1 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.